

m

**KAJIAN SISTEM KESIHATAN
DI ESTET-ESTET DI SEMENANJUNG
MALAYSIA DENGAN PENEKANAN KEPADA
PENGURUSAN UBAT-UBATAN**

OLEH

SANTHANATHAN S. RAJENDRAM

TESIS YANG DISERAHKAN UNTUK MEMENUHI
KEPERLUAN BAGI IJAZAH SARJANA SAINS

DISEMBER 2002

2.3	Struktur Soal Selidik	33
2.4	Kaedah Pengumpulan Data	36
2.5	Analisis data	37
8.	BAB 3 KEPUTUSAN	
3.0	KEPUTUSAN	39
3.1	Keputusan Bahagian A	39
3.2	Keputusan Bahagian B	42
3.3	Keputusan Bahagian C	49
3.4	Keputusan Bahagian D	64
3.5	Keputusan Bahagian E	78
9.	BAB 4 PERBINCANGAN, SARANAN, MASALAH YANG DIHADAPI DAN KAJIAN DI MASA HADAPAN	
4.0	PERBINCANGAN, SARANAN, MASALAH YANG DIHADAPI DAN KAJIAN DI MASA HADAPAN	85
4.1	PERBINCANGAN	87
4.1.1	Latar belakang responden	88
4.1.2	Latar belakang institusi kesihatan dan sumber manusia	91
4.1.3	Mengkaji Penggunaan Ubat-ubatan dengan Penekanan pada Antibiotik di Estet-estet di Semenanjung Malaysia	93
4.1.4	Mengkaji Pengurusan Sistem Pembekalan Ubat- ubatan di Estet-estet di Semenanjung Malaysia	99
4.1.5	Mengkaji Aspek Ekonomi Penggunaan Ubat-ubatan dengan Penekanan pada Antibiotik di Estet-estet di Semenanjung Malaysia	105
4.1.6	Kaedah Kajian Soal-Selidik Melalui pos : Perbincangan Mengenai Aspek Kelebihan serta Kelemahannya	109
4.2	SARANAN MENGENAI PENGURUSAN SISTEM KESIHATAN ESTET	111
4.2.1	Pengamalan Konsep Pembelian Bersama	111
4.2.2	Latihan di dalam Bidang Pengurusan Inventori	112
4.2.3	Membanyakkan Jenis Ujian Makmal yang Dijalankan	112

4.2.4	Mengubahsuai Klinik Estet	113
4.2.5	Peranan Pegawai Perubatan Melawat	113
4.2.6	Penekanan kepada Sistem Penjagaan Kesihatan Primer di Kawasan Estet	114
4.3	SARANAN MENGENAI DASAR	115
4.3.1	Program Latihan bagi Pembantu Perubatan Estet	115
4.3.2	Pengubahsuaian Status Klinik dan Hospital Estet	116
4.3.3	Program Pembelajaran Berterusan	117
4.3.4	Peruntukan Kewangan yang Lebih Banyak	117
4.3.5	Senarai Ubat-ubatan Perlu (Essential Drugs List)	118
4.4	MASALAH-MASALAH UTAMA YANG DIHADAPI	119
4.5	CADANGAN KAJIAN DI MASA HADAPAN	121
10.	BAB 5 KESIMPULAN	
5.0	KESIMPULAN	123
11.	RUJUKAN UTAMA	126
12.	RUJUKAN TAMBAHAN	127
13.	LAMPIRAN A : Sampel Borang Soal-Selidik bagi Kajian ini	131

SENARAI JADUAL

	Mukasurat
Jadual 1.1	2
Jadual 2.1	31,32,33
Jadual 3.1	40
Jadual 3.2	40
Jadual 3.3	41
Jadual 3.4	41
Jadual 3.5	42
Jadual 3.6	43
Jadual 3.7	45
Jadual 3.8	46
Jadual 3.9	47
Jadual 3.10	49
Jadual 3.11	50
Jadual 3.12	51
Jadual 3.13	52
Jadual 3.14	53
Jadual 3.15	54
Jadual 3.16	55
Jadual 3.17	56
Jadual 3.18	56
Jadual 3.19	57

Jadual 3.20	Masalah utama yang dihadapi semasa memberi rawatan antibiotik	58
Jadual 3.21	Cara pembantu perubatan estet menambahkan pengetahuan mereka tentang kesensitifan dan kerintangan antibiotik	60
Jadual 3.22	Lima jenis kesan mudarat antibiotik yang kerap ditemui di kalangan pesakit di klinik atau hospital estet	61
Jadual 3.23	Lima maklumat utama mengenai antibiotik yang ingin diketahui oleh pembantu perubatan estet	62
Jadual 3.24	Jenis rekod yang disimpan oleh pembantu perubatan estet	63
Jadual 3.25	Senarai tempat di mana hospital atau klinik estet membeli bekalan ubat dan peralatan	64
Jadual 3.26	Lima pembekal ubat dan peralatan utama bagi klinik dan hospital estet	64
Jadual 3.27	Senarai individu yang bertanggungjawab di dalam pembelian ubat-ubatan dan peralatan di klinik dan hospital estet	66
Jadual 3.28	Senarai individu yang bertanggungjawab terhadap jenis ubat yang disimpan di klinik dan hospital estet	66
Jadual 3.29	Senarai kriteria yang digunakan bagi memilih pembekal bekalan perubatan	67
Jadual 3.30	Bilangan pengiraan stok yang dijalankan di dalam setahun di klinik dan hospital estet dan masa yang diambil bagi stok sampai di klinik dan hospital estet	70
Jadual 3.31	Cara klinik dan hospital estet menerima bekalan stok mereka	72
Jadual 3.32	Lima masalah utama yang dihadapi oleh klinik dan hospital estet semasa menerima bekalan ubat	73
Jadual 3.33	Tindakan yang diambil terhadap stok yang sudah tamat tarikh luputnya	74
Jadual 3.34	Lima aspek utama yang ingin diketahui oleh Pembantu Perubatan estet mengenai pemilihan, pembekalan dan pengu- rusan inventori ubat	75
Jadual 3.35	Pecahan ubat generik dan ubat jenama yang disimpan di klinik dan hospital estet	76
Jadual 3.36	Pecahan antibiotik generik dan antibiotik jenama yang disimpan di klinik dan hospital estet	77
Jadual 3.37	Sumber kewangan bagi klinik dan hospital estet membeli ubat-ubatan	78
Jadual 3.38	Individu yang bertanggungjawab menyediakan belanjawan bagi perbelanjaan ubat-ubatan di klinik dan hospital estet	78

Jadual 3.39	Peruntukan belanjawan perubatan klinik dan hospital estet bagi tahun-tahun 1995, 1996, 1997 dan 1998	79
Jadual 3.40	Peruntukan belanjawan bagi membeli antibiotik di klinik dan hospital estet bagi tahun-tahun 1995, 1996, 1997 dan 1998	80
Jadual 3.41	Anggaran peruntukan belanja kos perubatan bagi setiap individu di estet bagi tahun-tahun 1995, 1996 dan 1997	81
Jadual 3.42	Anggaran peruntukan belanja kos antibiotik setahun bagi setiap individu di estet bagi tahun-tahun 1995, 1996 dan 1997	82
Jadual 3.43	Jumlah peruntukan bagi membeli ubat-ubatan yang diperlukan di waktu kecemasan bagi tahun-tahun 1997 dan 1998	83

ABSTRAK

Sistem kesihatan di estet merupakan salah satu jenis perkhidmatan kesihatan yang memberikan perkhidmatan kepada masyarakat estet di negara kita. Ia tidak terletak di bawah naungan Kementerian Kesihatan Malaysia dan dikelolakan secara persendirian oleh pihak pengurusan estet. Tidak banyak yang diketahui tentang sistem kesihatan ini dan oleh itu, kajian ini dijalankan bagi mengetahui tentang pengurusan sistem kesihatan di estet-estet di Semenanjung Malaysia.

Kajian ini melibatkan 48 pembantu perubatan daripada 48 buah estet di Semenanjung Malaysia. Kajian ini dijalankan dengan menggunakan kaedah borang soal-selidik melalui pos. Kadar respons yang diterima daripada kajian ini adalah 52.1% atau 25 responden. Kesemua responden ditanya mengenai aspek-aspek yang merangkumi pengurusan sistem kesihatan di estet iaitu maklumat demografi mengenai klinik/hospital estet dan pembantu perubatan, maklumat mengenai tenaga buruh, maklumat berkenaan penyakit dan ubat-ubatan, maklumat mengenai pemilihan, pembelian, penerimaan dan pengagihan ubat-ubatan dan maklumat mengenai peruntukan kewangan.

Data yang dikumpulkan telah dianalisis secara deskriptif menggunakan Microsoft Excel dan perisian komputer "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS).

Hasil daripada keputusan yang diterima dapat disimpulkan beberapa perkara. Klinik dan hospital estet di Semenanjung Malaysia dikendalikan oleh pembantu perubatan estet yang terlibat sepenuhnya di dalam segala proses pengurusan dan pengendalian perkhidmatan kesi-

hatan yang diberikan. Walaupun begitu, pihak pengurusan estet yang membuat keputusan muktamad terutamanya dalam hal-hal yang melibatkan kewangan. Selain daripada itu, walaupun pembantu perubatan estet memainkan peranan yang penting, kebanyakan daripada mereka tidak menerima latihan yang mencukupi dan sewajarnya. Pengetahuan mereka tentang maklumat perubatan terkini dan pengurusan inventori juga tidak mendalam. Daripada segi penyakit pula, kebanyakan penyakit yang dirawat oleh pembantu perubatan adalah lebih berunsur penyakit yang disebabkan oleh persekitaran dan pekerjaan dan bukan berbentuk kronik. Kebanyakan jenis ubat yang digunakan adalah ubat kelas generik dan dibeli secara berasingan. Selain daripada itu, walaupun perkhidmatan kesihatan ini diberikan secara percuma tanpa had, peruntukan perubatan bagi setiap individu adalah agak rendah dan tidak mencukupi.

Daripada kajian ini, didapati terdapat banyak kelemahan pada sistem kesihatan ini dan lebih banyak kajian terperinci perlu dijalankan bagi membantu meningkatkan taraf sistem kesihatan ini.

A STUDY ON THE ESTATE HEALTHCARE SYSTEM IN PENINSULA MALAYSIA WITH EMPHASIS ON DRUG MANAGEMENT

ABSTRACT

The estate health care system is the provider of health services to the estate population in our country. It is not under the jurisdiction of the Ministry of Health Malaysia and is managed privately by the respective estate management. There is not much information that is known about this health care system. This is the reason why this study on the healthcare management system of the estate setting in Peninsula Malaysia is conducted.

This study involved 48 estate medical assistants from 48 estates in Peninsula Malaysia. The study was conducted using the mail survey method. The response rate for this survey was 52.1% or 25 respondents. The respondents were queried on various aspects that covered the management of the estate healthcare setting. Among the aspects queried are demography information about the estate hospital/clinic and medical assistant, manpower information, drugs and disease information, information about drug selection, procurement, receiving and distribution and financial allocation information.

The data were compiled and analysed descriptively using Microsoft Excel and statistical software, Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

From the results, a few conclusions can be made. The estate medical assistants play the main role in the management and co-ordination of the health care delivery system provided by the

estate clinics and hospitals. However, the estate management makes the final decision on important issues especially on issues pertaining to financial matters. Although these estate medical assistants play such an important role, their training and knowledge on matters such as the latest medical information and inventory management are greatly lacking. On the prevalence of disease, the common diseases treated by the medical assistants are mainly diseases relating to environment and work hazards and not chronic illness. The drugs used in these settings also are mainly generic drugs and purchased individually. Although the health services provided to the estate population is given free without any restrictions, the medical allocation provided for each individual is too low and insufficient.

It is noted from this study that there are various shortcomings in the healthcare care system in the estate settings in Peninsula Malaysia and more in-depth studies should be carried out to improve this health system.

1.0 PENGENALAN

Sistem kesihatan di estet merupakan salah satu komponen yang membentuk sistem kesihatan negara kita. Ia menyediakan perkhidmatan kesihatan kepada lebih kurang 200,000 penduduk estet di Semenanjung Malaysia (The Star, 1999). Sistem kesihatan estet ini yang disediakan dan dikelolakan oleh pihak pengurusan estet memainkan peranan yang penting di dalam memelihara kesihatan penduduk estet ini. Oleh itu cara sistem kesihatan ini diuruskan merupakan satu aspek yang penting dan perlu diberi perhatian untuk memastikan agar penduduk estet negara kita menikmati perkhidmatan kesihatan yang sewajarnya seperti yang dinikmati oleh warganegara Malaysia lain. Aspek pengurusan sistem kesihatan ini merangkumi sumber manusia sistem tersebut, aspek penyakit dan penggunaan ubat-ubatan, pembelian dan penyampaian ubat-ubatan dan juga peruntukan kewangan. Jadi kajian ini akan mengkaji aspek-aspek ini bagi mengetahui dengan lebih lanjut mengenai cara sistem kesihatan estet-estet di Semenanjung Malaysia diuruskan.

1.1 Latar Belakang Sistem Kesihatan di Malaysia

Perkhidmatan kesihatan di Malaysia dikendalikan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia dan di bantu dalam hal-hal tertentu oleh kementerian-kementerian lain seperti Kementerian Sumber Manusia dan Kementerian Luar Bandar dan pihak swasta. Petunjuk-petunjuk kesihatan semasa menunjukkan penduduk Malaysia sedang dan telah menikmati perkhidmatan kesihatan yang baik. Jadual 1.1, di muka surat berikut menunjukkan perbandingan petunjuk-petunjuk kesihatan utama Malaysia bagi tahun-tahun 1980, 1985, 1990 dan 1995.

JADUAL 1.1 Perbandingan petunjuk kesihatan Malaysia bagi tahun-tahun 1980, 1985, 1990 dan 1995.

PETUNJUK KESIHATAN	1980	1985	1990	1995
Jangkaan Hayat Semasa Lahir:				
(a)Lelaki(tahun)	66.7	67.9	69.0	69.4
Wanita(tahun)	71.6	73.0	73.5	74.2
Kadar/1000 populasi				
Kadar Kematian Neonatal	14.2	10.5	8.5	6.8
Kadar Kematian Bayi	23.8	16.5	13.1	10.4
Kadar Kematian Kanak-kanak	2.1	1.4	1.0	0.8
Kadar Kematian Ibu Bersalin	0.60	0.37	0.20	0.20
Kadar Kasar Kelahiran	30.6	31.7	27.1	25.9
Kadar Kasar Kematian	5.3	5.0	4.7	4.6

Nota (a) Nilai adalah untuk Semenanjung Malaysia sahaja

(Jadual sebahagiannya dipetik daripada Health For All :Reforming Health Care In Malaysia)

Didapati kesemua petunjuk tersebut menunjukkan kemajuan jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Misalnya, bagi Jangkaan Hayat semasa Lahir bagi Lelaki telah meningkat daripada 66.7 tahun pada tahun 1980 kepada 69.4 tahun pada tahun 1995. Ini menunjukkan kaum lelaki di Malaysia sekarang hidup lebih lama berbanding dengan tahun-tahun yang lalu. Kadar Kematian Bayi juga dapat dikurangkan daripada 23.8 bayi/1000 populasi pada tahun 1980 kepada 10.4 bayi/1000 populasi pada tahun 1995. Begitu juga dengan Kadar Kasar Kematian dapat juga dikurangkan daripada 5.3/1000 populasi pada tahun 1980 kepada 4.6/1000 populasi pada tahun 1995. Ini mungkin

disebabkan oleh kemajuan yang dicapai oleh sistem kesihatan negara kita di bawah pengawasan Kementerian Kesihatan Malaysia.

Daripada segi peruntukan belanjawan pula, Kementerian Kesihatan Malaysia pada tahun 1993 telah diberi peruntukan sebanyak RM2,534,906,860.00 berbanding dengan RM2,487,821,000.00 pada tahun 1992 dan RM2,178,672,370.00 pada tahun 1991 (MMA,1999). Jumlah peruntukan pada tahun 1993 itu merupakan 5.74% daripada Belanjawan Negara dan 1.64% daripada Keluaran Negara Kasar. Peruntukan per kapita juga telah bertambah daripada RM119.83 pada tahun 1992 kepada RM133.09 pada tahun 1993.

Daripada segi struktur, Sistem Kesihatan di Malaysia berdasarkan struktur yang wujud pada tahun 1983, perkhidmatan kesihatan yang dinikmati oleh penduduk Malaysia adalah bercorak piramid. Di puncak piramid sistem kesihatan, perkhidmatan kesihatan disediakan oleh Hospital Besar yang wujud di setiap negeri di Malaysia. Pada tahap-tahap berikut ke bawah piramid wujud pula Hospital Daerah dengan perkhidmatan pakar (di 5 negeri sahaja), Hospital Daerah tanpa perkhidmatan pakar, Poliklinik Bandar (di bandar-bandar besar sahaja), Pusat Kesihatan Luar Bandar (Main Centres and Sub-Centres), Dispensari Bergerak dan Dispensari Statik. Kini perkataan “Besar” dan “Daerah” telah digugurkan dan dikenali sebagai hospital sahaja.

Terdapat juga perkhidmatan kesihatan yang dibekalkan oleh pihak swasta. Ia diwakili oleh hospital-hospital swasta di bandar-bandar besar, klinik-klinik persendirian dan hospital/klinik estet dan lombong (didapati di beberapa buah negeri sahaja).

perkhidmatan kesihatan yang dibekalkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia adalah sebahagian besarnya disubsidikan oleh pihak kerajaan dan para pesakit hanya membayar bayaran nominal sahaja. Hospital-hospital kerajaan ini menawarkan perkhidmatan pesakit dalam dan pesakit luar. Pada tahun 1996 terdapat 16 Hospital Besar di Malaysia dan menyediakan berbagai jenis perkhidmatan kesihatan dan sokongan termasuk khidmat pakar. Pada tahun 1996, terdapat pula 95 Hospital Daerah yang terletak di daerah masing-masing. Hospital-hospital Daerah ini juga menyediakan perkhidmatan penjagaan pesakit dalam bukan pakar kepada penduduk-penduduk di daerah tersebut. Selain daripada itu terdapat juga Pusat Perubatan Khas Kerajaan seperti Hospital Bahagia, Pusat Leprosi, Pusat Tuberkulosis dan Institut Jantung Negara.

Perkhidmatan kesihatan yang dibekalkan oleh pihak swasta pula kebanyakannya ditawarkan oleh pengamal-pengamal perubatan dan pakar-pakar. Menurut anggaran tahun 1993, terdapat 180 hospital dan rumah bersalin/perawatan swasta yang beroperasi di Malaysia. Kebanyakannya terletak di bandar-bandar utama. Di bandar-bandar besar juga terdapat hospital-hospital swasta yang menawarkan perkhidmatan kepakaran asas, manakala sesetengah hospital bersalin dan rumah perawatan adalah di bawah penyeliaan pakar-pakar sama ada separuh masa atau sepenuh masa. Pesakit-pesakit yang menerima rawatan di hospital-hospital swasta biasanya harus menanggung kos rawatan yang jauh lebih tinggi daripada hospital kerajaan.

Bagi estet-estet pula, pihak pengurusan estet biasanya akan menyediakan perkhidmatan kesihatan sama ada melalui sebuah klinik estet atau di estet-estet tertentu terdapat hospital. Walaupun klinik dan hospital estet diuruskan oleh pihak pengurusan estet, namun Kementerian Kesihatan Malaysian masih membekalkan program-program perkhidmatan kesihatan primer seperti program penjagaan kesihatan ibu mengandung dan kanak-kanak

kepada penduduk estet (MMA,1999). Mengikut anggaran tahun 1996, terdapat 37 buah hospital estet dan lombong dengan sejumlah 607 buah katil yang memberi perkhidmatan kesihatan kepada penduduk di estet (Kementerian Kesihatan Malaysia, 1996). Perkhidmatan-perkhidmatan yang biasanya diberikan adalah perkhidmatan pertolongan cemas, rawatan kepada penyakit-penyakit ringan serta rawatan kecemasan kepada kes kemalangan ringan.

1.2 Sejarah dan Sistem Kesihatan Estet di Malaysia

Estet-estet di Malaysia, bermula sejak zaman penjajahan British yang menyaksikan kemasukan ramai buruh-buruh asing dari negara India untuk bekerja di ladang-ladang getah yang pada masa itu mula diusahakan secara besar-besaran di Tanah Melayu. Pihak British pada masa itu menghadapi masalah kekurangan buruh untuk bekerja di ladang-ladang getah, koko dan gula. Pada masa itu juga menyaksikan harga getah di pasaran antarabangsa meningkat dengan mendadak disebabkan oleh permintaan terhadap getah meningkat. Jadi pihak British pun mengambil kesempatan ini untuk mengaut keuntungan dengan membuka lebih banyak ladang-ladang getah di Tanah Melayu. Mereka bergantung kepada negara India, iaitu salah sebuah koloni penjajahan mereka untuk mendapatkan tenaga buruh yang murah. Mereka menggunakan berbagai sistem untuk membawa tenaga buruh ini ke Tanah Melayu untuk bekerja. Di antara sistem yang digunakan ialah sistem "Kangany", sistem "indentured" dan skim "non-assisted labour immigration" (The Star, 1999). Melalui sistem "kangany", seorang agen berbangsa India (kangany) dihantar ke kampungnya di India untuk mempengaruhi penghuni kampungnya untuk berhijrah ke Tanah Melayu untuk bekerja di ladang-ladang getah. Biasanya mereka akan dijanji gaji yang lumayan, tempat kerja yang selesa dan penginapan yang selesa

tetapi semuanya tidak ditepati. Sistem ini bersifat eksploitasi dan buruh asing itu ditipu dan dibawa masuk ke Tanah Melayu.

Melalui sistem "indentured" pula, pihak pengurusan ladang di Tanah Melayu akan membuat tempahan dengan seorang agen di India bagi mendapatkan buruh secara kontrak tetap selama 5 tahun. Melalui sistem-sistem ini, banyak buruh India datang ke Tanah Melayu dan terus menetap di sini. Mereka menetap di ladang-ladang getah yang semakin dibuka dengan pesat. Mereka menetap di tempat kediaman yang disediakan oleh majikan tetapi keadaan tempat tinggal dan kemudahan-kemudahan lain amatlah buruk. Masalah kesihatan juga wujud di kalangan penduduk di ladang-ladang ini kerana majikan langsung tidak mengendahkan keperluan kesihatan mereka. Penyakit-penyakit seperti malaria, taun, tuberkulosis dan penyakit disebabkan kekurangan zat makanan juga wujud di kalangan mereka. Memandangkan keadaan yang membimbangkan ini pihak British mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan taraf kesihatan penduduk di estet-estet ini. Mereka mula memperkenalkan beberapa pindaan kepada Undang-Undang Buruh bagi memastikan pihak majikan lebih bertanggungjawab dalam memelihara kehidupan dan kesihatan pekerja mereka. Semua peraturan mengenai keadaan pekerjaan dan kehidupan pekerja di ladang-ladang telah dikumpulkan sebagai "Rump Labour Code of 1933" (MMA, 1988). Ia sedikit sebanyak menerangkan tentang tanggungjawab pemilik ladang bagi menyediakan keperluan bagi pekerja-pekerja di ladang mereka. Di antara perkara-perkara yang perlu disediakan oleh pihak pemilik ladang adalah tempat tinggal, hospital atau klinik ladang, perkhidmatan kesihatan, bekalan air dan sanitasi yang bersih, kemudahan untuk kanak-kanak, dan beberapa perkara lain. Daripada sinilah bermula hospital atau klinik estet. Walaupun peraturan ini memberikan panduan yang

terperinci bagi kemudahan yang perlu disediakan tetapi pihak pemilik ladang hanya menyediakan yang minima sahaja.

Pada masa ini terdapat 200,000 pekerja ladang di 1700 estet di Malaysia (The Star,1999).

Daripada jumlah ini 50% adalah pekerja tempatan (kebanyakannya berbangsa India) manakala selebihnya pekerja asing. Jumlah hospital dan klinik estet dan lombong di Malaysia mengikut anggaran tahun 1994 ialah 42 dan ia dikendalikan oleh 43 doktor panel, 72 pembantu perubatan, 3 jururawat, 16 pembantu jururawat dan 7 bidan (Kementerian Kesihatan Malaysia, 1994),

Walaupun sekarang, "Workers' Minimum Standards of Housing and Amenities Act of 1990" mengambil alih peranan "Rump Labour Code of 1933" keadaan kehidupan penduduk di estet Malaysia masih mundur. Daripada 64 hospital estet yang dibina di antara tahun-tahun 1900 dan 1957, hanya 23 sahaja yang berfungsi tetapi tidak memenuhi tahap piawai minima yang ditetapkan oleh Kementerian Kesihatan. Selain daripada itu 19% daripada estet tidak menerima bekalan elektrik, 30% hanya menerima bekalan elektrik separuh hari dan 40% daripada estet tidak menerima bekalan air 24jam (MMA,1999). Keadaan ini adalah amat menyedihkan dan tidak mematuhi matlamat Deklarasi Alma Ata dan lebih-lebih lagi menyukarkan negara kita untuk mencapai matlamat WHO untuk mendapatkan "Health For All by year 2000". Jadi kajian ini adalah sangat penting bagi kita mendapatkan gambaran sebenar keadaan sistem kesihatan di estet-estet di Malaysia masa kini. Jika keadaannya adalah agak mundur, langkah-langkah harus diambil bagi memulihkan keadaan ini supaya mereka sebagai rakyat Malaysia tidak ketinggalan di dalam arus kemajuan negara kita yang kini sedang diiktiraf sebagai negara membangun.

1.3 Konsep perkhidmatan kesihatan primer(Primary Health Care)

“Government have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment of all peoples of the world by the year 2000 at a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life”

- Declaration of Alma Ata

Sektor kesihatan merupakan sektor yang penting dan mendapat tumpuan umum di merata dunia terutamanya daripada badan-badan kesihatan antarabangsa seperti WHO dan UNICEF. Sektor kesihatan pada masa ini agak canggih dan lebih sistematik jika dibandingkan dengan pada tahun-tahun 50 dan 60an. Pada masa itu kebanyakan negara-negara di dunia khususnya negara-negara Dunia ke-3 seperti negara-negara Afrika, masih mundur daripada segi ekonomi dan tidak mempunyai sistem ekonomi yang baik dan teratur. Berbagai resolusi dan program-program kesihatan telah diatur oleh organisasi-organisasi antarabangsa bagi mengatasi masalah ini dan pada masa yang masa meningkatkan taraf kesihatan di negara-negara tersebut.

Pada tahun 1975, Pertubuhan Kesihatan Sedunia(WHO) telah menetapkan matlamat supaya semua penduduk di dunia ini akan dapat menikmati perkhidmatan kesihatan yang sewajarnya menjelang tahun 2000. Slogan WHO untuk mencapai matlamat ini ialah “Health For All by the Year 2000”. WHO cuba mencapai matlamatnya ini melalui pengenalan Perkhidmatan Kesihatan Primer (Primary Health Care). Konsep dan pendekatan Perkhidmatan Kesihatan Primer ini lebih diberi penekanan dan perhatian melalui persidangan Alma Ata 1978 (International Conference on Primary Health Care) yang dihadiri

yang dihadiri oleh 134 wakil kerajaan dan 67 wakil badan bukan kerajaan antarabangsa. Persidangan ini memutuskan bahawa pengenalan Perkhidmatan Kesihatan Primer ke dalam sistem kesihatan sebuah negara sedikit sebanyak dapat mencapai matlamat "Health For All by the Year 2000".

Perkhidmatan Kesihatan Primer ini merupakan perkhidmatan kesihatan yang paling asas dan perlu bagi individu-individu dan keluarga-keluarga di dalam sebuah masyarakat. Perkhidmatan ini sepatutnya mendapat sokongan dan penglibatan sepenuhnya daripada setiap anggota komuniti di mana ia dibekalkan dan pihak kerajaan dan komuniti tersebut mestilah mempunyai keupayaan menanggung kos pembiayaan perkhidmatan tersebut. Selain daripada itu corak perkhidmatan ini harus mencerminkan integrasi di antara sistem kesihatan dan perkembangan taraf sosio-ekonomi negara tersebut.

Perkhidmatan Kesihatan Primer juga merupakan tahap pertama di mana seseorang individu berinteraksi secara langsung dengan sistem kesihatan kebangsaan sesebuah negara. Ia merupakan perkhidmatan kesihatan yang dinikmati di tempat seseorang itu tinggal dan bekerja dan ia merupakan langkah pertama di dalam sistem kesihatan kebangsaan yang berterusan.

Secara amnya, Perkhidmatan Kesihatan Primer ini bertujuan menangani masalah-masalah kesihatan di dalam sesebuah komuniti. Ia menawarkan perkhidmatan kesihatan yang berunsur sokongan, pencegahan, perubatan dan pemulihan.

perkhidmatan Kesihatan Primer secara teorinya, merangkumi 8 perkara asas berikut:

- Mendidik komuniti mengenai masalah-masalah kesihatan yang wujud dan cara-cara mengenalpasti, mencegah dan mengawalinya.
- Menggalakkan cara pemakanan yang sihat dan seimbang dan memastikan sistem pembekalan air dan sanitasi yang selamat dan bersih.
- Membekalkan perkhidmatan perbidanan dan bersalin, rawatan bayi dan kanak-kanak dan perancang keluarga.
- Membekalkan perkhidmatan imunisasi terhadap penyakit berjangkit.
- Mencegah dan mengawal penyakit-penyakit endemik tempatan.
- Membekalkan rawatan umum bagi penyakit-penyakit dan kecederaan asas.
- Mengadakan perkhidmatan rawatan bagi penyakit mental.
- Menyediakan bekalan ubat-ubat perlu dan asas.

Perkhidmatan Kesihatan Primer ini diamalkan mengikut konsep yang sama di seluruh dunia tetapi ia berbeza hanya daripada segi pendekatan. Ini adalah kerana perkhidmatan ini diasaskan berdasarkan integrasi berbagai faktor yang wujud di dalam sesebuah negara. Faktor-faktor tersebut adalah sosio-ekonomi, politik, budaya, infrastruktur dan juga kemudahan-kemudahan kesihatan dan sokongan yang sedia ada di dalam negara tersebut. Sebagai contohnya di negara maju seperti di Amerika Syarikat perkhidmatan ini mungkin diketuai oleh seorang pakar perubatan manakala di India pula ia mungkin diketuai oleh seorang jururawat terlatih.

Bagi memastikan perkhidmatan seumpama ini berjaya, ia haruslah mendapat kerjasama dan penglibatan sepenuhnya daripada masyarakat umum. Ini adalah amat perlu terutamanya di negara-negara dunia ke-3 di mana perubatan tradisional masih diamalkan se-

cara meluas oleh penduduknya. Oleh itu pihak berkuasa haruslah membentuk Perkhidmatan Kesihatan Primer negara mereka berdasarkan cara hidup, budaya, kepercayaan, agama, kemahuan dan taraf sosio-ekonomi penduduk negara mereka. Sebagai contohnya staf-staf yang terlibat di dalam perkhidmatan ini bolehlah dipilih sebahagiannya daripada pengamal perubatan tradisional seperti dukun dan bidan di Malaysia. Mereka boleh dipilih dan dilatih untuk menjalankan tugas mereka dan perubatan tradisional juga boleh dimasukkan dalam sistem kesihatan kebangsaan. Dengan cara ini sokongan terhadap perkhidmatan kesihatan tersebut akan meningkat. Pada masa yang sama, perkhidmatan kesihatan ini juga harus disokong dengan kemudahan-kemudahan bukan kesihatan seperti pendidikan dan latihan staf-staf baru, sistem bekalan air dan sanitasi yang baik, kemudahan pengangkutan seperti motosikal dan van dan juga infrastruktur yang baik.

Selain daripada itu sebagai komponen sistem kesihatan kebangsaan, Perkhidmatan Kesihatan Primer harus disokong oleh sistem kesihatan kebangsaan melalui:

- ❖ memudahkan rujukan pesakit-pesakit daripada Perkhidmatan Kesihatan Primer ke sekunder dan tertiar.
- ❖ menyediakan khidmat penyeliaan dan sokongan kepada anggota dan staf Perkhidmatan Kesihatan Primer.
- ❖ menyediakan bekalan perubatan, vaksin dan alat perubatan yang lengkap bagi kegunaan Perkhidmatan Kesihatan Primer.
- ❖ menyediakan khidmat kesihatan kemudahan-kemudahan bukan perubatan seperti makmal diagnostik di hospital bagi rujukan daripada Perkhidmatan Kesihatan Primer.

1.3.1 Tahap-tahap Perkhidmatan Kesihatan Primer

Perkhidmatan Kesihatan Primer dapat dibahagikan kepada beberapa tahap seperti berikut:

1.3.1.1 Tahap rumah (Home Level)

Pada tahap ini anggota keluarga seperti ibubapa memainkan peranan sebagai pemelihara kesihatan keluarga. Mereka akan memastikan supaya anggota keluarga mendapat segala rawatan kesihatan yang diperlukan seperti immunisasi dan rawatan perubatan semasa sakit. Di tahap ini staf-staf Perkhidmatan Kesihatan Primer melawat pesakit di rumah dan berinteraksi bersama masyarakat sekeliling.

1.3.1.2 Tahap komuniti (Communal Level)

Pada tahap ini, aktiviti Perkhidmatan Kesihatan Primer melibatkan keperluan kesihatan seluruh komuniti. Biasanya pada tahap ini, Jawatankuasa Kemajuan Kampung akan mengkoordinasikan dan menyediakan berbagai aktiviti kesihatan dengan bantuan staf Perkhidmatan Kesihatan Primer bagi memajukan taraf kesihatan di komuniti tersebut. Di antara aktiviti tersebut ialah menjalankan program pembasmian penyakit berjangkit, pemberian ubat cacing pada kanak-kanak, pendidikan ibu mengenai khasiat susu ibu dan perancang keluarga.

1.3.1.3 Tahap Pertama Kemudahan Kesihatan (First Health Facility Level)

Ini merupakan tahap pertama di mana kemudahan kesihatan dikendalikan oleh seorang profesional kesihatan terlatih seperti seorang jururawat, pembantu perubatan dan kadang-kadang pegawai perubatan yang melawat. Kemudahan kesihatan ini mungkin terdiri daripada sebuah klinik kecil, dispensari atau pusat kesihatan. Di sini, staf Perkhid-

matan Kesihatan Primer akan memberikan rawatan kesihatan asas kepada pesakit dan mereka juga akan melawat pesakit di rumah. Di samping itu mereka juga terlibat di dalam aktiviti-aktiviti kesihatan yang dianjurkan di tahap komuniti.

1.3.1.4 Tahap Pusat Rujukan (Referral Systems)

Tahap ini merupakan pusat rujukan klinikal dan pusat rujukan pentadbiran kesihatan.

Pusat rujukan klinikal ini merupakan hospital daerah atau hospital bandar. Ia biasanya dikendalikan oleh seorang pegawai perubatan dan dibantu oleh anggota kesihatan lain. Di sini kemudahan kesihatan seperti bilik X-ray dan makmal diagnostik disediakan.

Pusat rujukan pentadbiran kesihatan pula merupakan pejabat kesihatan daerah. Pejabat kesihatan ini akan mengkoordinasi, menyokong dan mengendalikan segala aktiviti kesihatan di tahap Perkhidmatan Kesihatan Primer seperti pendidikan kesihatan, cara pemakanan yang seimbang dan sihat, immunisasi, pengawalan penyakit berjangkit dan kesihatan ibu dan anak.

Sebagai kesimpulan adalah diharap Perkhidmatan Kesihatan Primer akan dapat meningkatkan taraf kesihatan penduduk di dunia dan dalam konteks ini ia merujuk kepada penduduk estet di Malaysia.

1.4 Konsep Sistem Pengurusan Kesihatan

Perkhidmatan kesihatan sebenarnya merupakan sejenis perkhidmatan sosial yang memberikan perkhidmatan kepada mereka yang sakit dan uzur, mengelakkan berlakunya wabak penyakit dan meningkatkan kualiti kesihatan di dalam sesebuah komuniti. Di dalam masyarakat moden kini, perkhidmatan kesihatan lebih dikenali sebagai sistem kesihatan. Ini adalah kerana perkhidmatan kesihatan kini disediakan kepada rakyat melalui proses-proses yang melibatkan pengurusan dan pembiayaan sumber-sumber kesihatan yang sedia ada. Sistem kesihatan haruslah memenuhi keperluan spesifik sesebuah populasi. Pada peringkat kebangsaan ia haruslah memenuhi keperluan kesihatan rakyat negara tersebut dan bertanggungjawab bagi menyediakan perkhidmatan kesihatan ini biasanya dipikul oleh kerajaan dengan dibantu oleh pihak swasta dan badan-badan bukan kerajaan.

Secara am, sistem kesihatan di dalam sesebuah komuniti melibatkan 3 komponen utama iaitu:

- Komuniti

Komuniti adalah komponen yang meminta dan menggunakan perkhidmatan kesihatan yang disediakan. Komuniti boleh terdiri daripada individu perseorangan, pemimpin, pertubuhan-pertubuhan dan pesakit.

- Sumber Kesihatan

Sumber kesihatan merupakan komponen yang menyediakan dan membekalkan perkhidmatan kesihatan. Ia boleh terdiri daripada anggota kesihatan (seperti doktor dan jururawat), kemudahan kesihatan (hospital, peralatan ke-

sihatan, ubat-ubatan), peruntukan kesihatan (cukai, insurans) dan teknologi kesihatan (diagnosis, terapi dan kaedah organisasi)

- Maklumat Kesihatan

Ini merupakan komponen yang memberikan maklumbalas, komen dan petunjuk bagi menilai dan mengawal kualiti perkhidmatan kesihatan yang telah diberikan. Komponen ini boleh terdiri daripada petunjuk kesihatan (kadar kelahiran dan kematian), statistik kesihatan dan maklumbalas orang ramai.

Ketiga-tiga komponen ini saling bergantung di antara satu sama lain bagi membentuk sistem kesihatan sesebuah komuniti. Jika terdapat sebarang perubahan pada salah satu komponen ini, ia akan memberikan kesan kepada sistem kesihatan tersebut.

Sistem Kesihatan sesebuah negara biasanya diketuai oleh Kementerian Kesihatan atau badan yang setaraf dengannya. Kementerian Kesihatan dipertanggungjawabkan bagi mengendalikan dan menguruskan aktiviti-aktiviti dan rancangan kesihatan sesebuah negara. Ia juga bertanggungjawab di dalam merangka dan melaksanakan undang-undang dan dasar kesihatan sesebuah negara. Pada masa yang sama kementerian ini juga dibantu oleh kementerian lain dan organisasi lain di dalam perlaksanaan rancangan kesihatannya.

1.5 Konsep Pengurusan Sistem Pembekalan Ubat

Ubat-ubatan memainkan peranan yang penting di dalam kehidupan kita sejak bertahun-tahun lamanya. Penemuan ubat-ubatan seperti Penisilin dan Klorokuin telah meningkatkan kepentingannya di dalam memelihara kesihatan kita. Daripada penemuan beberapa jenis ubat, kini industri perubatan telah menjadi “billion dollar industry” sehingga beberapa buah syarikat pengeluar ubat seperti Pfizer dan Glaxo-Smith Kline Beecham tersenarai di antara syarikat-syarikat terbesar di dunia. Walaupun industri ubat telah berkembang secara pesat namun masih terdapat ketidakseimbangan di dalam pembekalan ubat-ubatan kepada masyarakat di dunia. Mengikut laporan WHO 1992, sehingga tahun 1990 di dapati hampir 2 bilion penduduk dunia masih tidak dapat menikmati kemudahan bekalan ubat-ubatan asas atau perlu(essential). Di antara ubat-ubatan ini adalah seperti ubat-ubatan bagi merawat cirit-birit, malaria, komplikasi semasa melahirkan anak dan juga jangkitan saluran pernafasan. Kebanyakan daripada penduduk ini berasal daripada negara-negara dunia ketiga seperti Afrika dan Asia. Ini mungkin disebabkan oleh kelemahan di dalam pengurusan sistem pembekalan ubat yang diamalkan. Selain daripada itu keadaan ini diburukkan lagi oleh penggunaan ubat yang tidak rasional seperti penggunaan ubat tidak mengikut dos, kuantiti dan indikasi yang betul dan juga pendispensan ubat oleh mereka yang tidak terlatih.

Jadi adalah perlu bagi setiap negara meningkatkan kualiti pengurusan pembekalan ubat-ubatan di negeranya. Ini adalah kerana ubat-ubatan memainkan peranan yang penting di dalam hidup kita. Ubat-ubatan dapat memelihara kesihatan di samping menyelamatkan nyawa seseorang. Selain daripada itu ubat-ubatan juga dapat meningkatkan keyakinan pesakit kepada sistem kesihatan yang wujud dan lebih-lebih lagi ubat-ubatan

merupakan barang keperluan asas yang mahal dan berbeza daripada keperluan harian lain.

Secara amnya, pengurusan sistem pembekalan ubat melibatkan pengurusan fungsi-fungsi asas yang membentuk kitar pengurusan ubat iaitu proses pemilihan, pembelian, pengagihan dan penggunaan ubat. Keempat-empat fungsi ini disokong oleh komponen pengurusan lain seperti pengurusan organisasi, kewangan, sumber manusia dan pengurusan maklumat.

Proses pemilihan melibatkan analisa jenis-jenis penyakit yang wujud, jenis rawatan yang sesuai, pemilihan ubat-ubatan dan dosej yang sesuai dan menentukan jenis ubat yang disimpan di setiap tahap sistem kesihatan.

Bagi proses pembelian pula, kuantiti ubat-ubatan yang diperlukan akan ditentukan, diikuti oleh pemilihan cara pembelian dan pengurusan tender. Melalui proses ini juga kualiti ubat, peraturan kontrak dan pematuhan pada kontrak akan dipastikan.

Melalui proses pengagihan, ubat-ubatan yang dibeli akan diterima dan dihantar ke setiap pusat kesihatan. Pengawalan inventori dan pengurusan stor termasuk di dalam proses ini.

Akhirnya, proses penggunaan ubat melibatkan diagnosis, pempreskriban, pendispensan ubat dan penggunaan ubat secara rasional oleh pesakit.

Keempat-empat proses ini saling berkait di antara satu sama lain untuk membentuk proses pembekalan ubat. Kelemahan pada sebarang peringkat akan menyebabkan ke-

gagalan pada proses pembekalan ubat secara keseluruhan. Jadi pengurusan sistem pembekalan ubat adalah amat perlu bagi memastikan agar sistem kesihatan sesebuah negara itu berfungsi dengan cekap dan berkesan.

1.6 Konsep Kajian Penggunaan Ubat

Kajian penggunaan ubat merupakan salah satu kajian yang paling penting bagi memastikan sesuatu ubat itu efektif dan selamat. Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) mendefinisikan istilah penggunaan ubat sebagai

“ the marketing, distribution, prescription and use of drugs in society with special emphasis on the resulting medical, social and economic consequences.”

Daripada definisi yang menyeluruh ini, dapat dilihat kajian penggunaan ubat ini bukan sahaja melibatkan aspek penggunaan ubat sahaja, malah ia merangkumi aspek-aspek pemasaran, pengedaran dan juga kesan akibat penggunaan ubat tersebut terhadap faktor-faktor perubatan, ekonomi dan sosial di dalam sesebuah masyarakat.

Kajian seumpama ini banyak memberi manfaat kepada masyarakat kerana ia dapat menjelaskan berbagai persoalan yang timbul akibat daripada pengenalan dan penggunaan sesuatu ubat di dalam masyarakat.

Kajian penggunaan ubat boleh membantu kita di dalam aspek-aspek berikut:

1.6.1 Perubatan

Manfaat sesuatu ubat: ia dapat menerangkan keupayaan sesuatu ubat mencegah, merawat dan mengubati penyakit-penyakit tertentu berserta dengan simptom-simptom dan komplikasinya.

Risiko sesuatu ubat: ia dapat menerangkan kesan-kesan sampingan ubat dalam jangka masa pendek dan jangka masa panjang. Ia juga dapat menerangkan risiko-risiko tertentu yang berhubung dengan faktor-faktor genetik, penyakit dan persekitaran, pemakanan, umur, jantina, mengandung dan laktasi.

Nisbah manfaat kepada risiko sesuatu ubat: ia dapat mengenalpasti penggunaan ubat secara tidak rasional di mana penggunaan ubat tersebut akan mengurangkan manfaat dan meningkatkan risiko terhadap pesakit.

1.6.2 Sosial

Daripada aspek sosial, kajian penggunaan ubat dapat membantu dalam hal-hal berikut:

- Sikap masyarakat terhadap ubat dan penyakit terutamanya dengan peningkatan penggunaan perubatan tradisional dan herba sebagai alternatif kepada perubatan moden.
- Punca-punca dan corak-corak penyalahgunaan ubat dan meningkatnya kes-kes dependens ubat (drug dependence).
- Cara penggunaan ubat yang tidak betul oleh pesakit (terutamanya masalah komplan). Ini boleh dikaji dari aspek kekerapan ia berlaku dan punca ia berlaku.
- Diskriminasi pemberian ubat kepada pesakit di mana seseorang pesakit yang benar-benar memerlukan sesuatu ubat tidak dapat menerimanya kerana masalah diskriminasi.
- Kesan penguatkuasaan dan maklumat terkini tentang sesuatu ubat yang mempengaruhi penggunaan sesuatu ubat.

1.6.3 Ekonomi

Daripada aspek ekonomi, kajian penggunaan ubat dapat membantu dalam hal-hal berikut:

- *Harga dan kos ubat*: ini termasuk perbandingan di antara ubat import dan tempatan; perbandingan harga di antara ubat jenama dan generik; dan perbandingan kos antara rawatan tanpa ubat dan rawatan dengan ubat.
- *Perbandingan kos ubat kepada keberkesanan ubat dan keselamatan ubat*
- *Peruntukan kerajaan bagi perbelanjaan sektor kesihatan.*

Kesimpulannya, maklumat mengenai corak penggunaan ubat kini telah menjadi petunjuk dalam proses-proses yang melibatkan pemilihan sesuatu ubat di dalam situasi tertentu. Ini disebabkan, ubat sebagai suatu 'instrument' kesihatan yang penting, seharusnya direka, dipilih dan digunakan dengan teliti di dalam menangani masalah-masalah terapeutik dan kesihatan. Diharap data-data daripada kajian penggunaan ubat dapat meningkatkan kecekapan dan keberkesanan proses pemilihan ubat di dalam kes-kes tertentu terutama kes-kes kritikal. Kajian penggunaan ubat juga dapat memastikan supaya sesuatu ubat itu digunakan bagi keadaan yang benar-benar memerlukannya dan bukan kerana pengaruh komersial daripada pengeluar. Berdasarkan corak permintaan terhadap kajian penggunaan ubat, dapat disimpulkan bahawa kajian seumpama ini akan memainkan peranan utama dan penting di masa akan datang di dalam sektor perubatan dan kesihatan.

1.7 Penggunaan Ubat Secara Rasional

Ubat merupakan satu komponen penting di dalam sistem perubatan. Ia memainkan peranan yang sangat penting di dalam meningkatkan kualiti hidup masyarakat.

Pada permulaan abad ke-19, kebanyakan ubat yang digunakan adalah berasal daripada ekstrak tumbuhan yang mana struktur kimianya dan aktivitinya tidak diketahui. Daripada keadaan ini, lebih banyak ubat-ubatan dicipta atau ditemui daripada ekstrak tumbuhan seperti digitalis, opium, atropin, morfin, kuinin, klorofom, dan lain-lain. Ini berlanjutan ke abad ke-20an dan salah satu penemuan yang paling penting ialah antibiotik. Pada masa itu masih banyak yang tidak diketahui tentang ubat-ubat yang ditemui. Dengan perkembangan pembangunan yang pesat dan peningkatan jumlah penduduk, lebih banyak jenis ubat yang diperlukan untuk mengatasi berbagai jenis penyakit baru yang mula menular.

Perkara yang paling penting yang perlu diketahui tentang ubat ialah ubat pada dos-dos terapeutik boleh membawa manfaat kepada pesakit dan pada dos berlebihan ia boleh membawa maut. Fakta ini wajar diberi perhatian rapi oleh pengamal perubatan memandangkan jumlah ubat yang ada di dalam pasaran adalah sangat banyak. Bagi mengelakkan daripada berlakunya sebarang 'kemalangan ubat', konsep Penggunaan Ubat Secara Rasional diwujudkan. Penggunaan Ubat Secara Rasional merangkumi 5 prinsip berikut:

(1) Sesuatu ubat itu dipreskripsikan bagi memenuhi keperluan khusus seseorang pesakit.

Ini bermakna penggunaan ubat itu akan meningkatkan kualiti dan keberkesanan sesuatu rawatan perubatan.

- (2) Sesuatu ubat itu mesti mempunyai manfaat terapeutik yang signifikan. Ubat itu mesti berfungsi seperti yang didakwa dan pesakit akan mendapat manfaat daripada kesan terapeutik ubat tersebut.
- (3) Sesuatu ubat itu mestilah selamat kepada penggunaanya pada dos-dos terapeutik. Manfaat sesuatu ubat itu mestilah jauh melebihi risikonya kepada pesakit.
- (4) Ubat yang digunakan itu mestilah memberikan keputusan terapeutik yang sewajarnya berdasarkan kos ubat tersebut (satisfactory value for money). Ini bermakna ubat yang digunakan itu mestilah berfungsi dengan betul dan kesan terapeutik ubat tersebut mestilah setanding atau lebih baik daripada ubat lain daripada kumpulan yang sama dan kosnya mestilah berpatutan.
- (5) Ubat-ubatan perlu mestilah dibekalkan kepada mereka yang memerlukannya. Jadi setiap individu di dalam masyarakat harus mempunyai peluang yang sama untuk menikmati rawatan perubatan yang sewajarnya walaupun tidak berupaya menanggung kos perubatan tersebut.

Jadi penggunaan ubat yang rasional amatlah penting supaya sesuatu ubat itu digunakan hanya untuk tujuannya dan bagi mereka yang benar-benar memerlukannya. Ini juga akan memastikan keselamatan pesakit akan sentiasa terjamin. Pada masa yang sama mereka yang benar-benar memerlukan sesuatu rawatan perubatan akan berupaya menerima rawatan yang sewajarnya tanpa mengira kos.

1.8 Rasional dan Kepentingan Kajian

Kajian ini dimulakan, dijalankan dan disempurnakan kerana beberapa sebab utama. Di antara sebab-sebab tersebut adalah:

1.8.1 Deklarasi Alma Ata

Deklarasi Alma Ata telah menetapkan bahawa matlamat utama setiap kerajaan dan organisasi di merata dunia menjelang tahun 2000 agar dapat memastikan bahawa rakyat di setiap lapisan masyarakat dapat mencapai tahap kesihatan yang membolehkan mereka menikmati kehidupan yang produktif daripada segi sosial dan ekonomi. Inilah yang dimaksudkan dengan istilah "Health For All by the year 2000". Kajian ini dimulakan pada penghujung tahun 1998 iaitu hampir satu tahun sebelum matlamat Alma Ata perlu dicapai.

Sistem kesihatan di estet telah bermula sejak zaman penjajahan British dan sampai sekarang sistemnya adalah berbeza dengan sistem kesihatan kebangsaan. Sistem kesihatan mereka adalah diuruskan oleh pihak pengurusan estet. Jadi adalah sukar untuk mengetahui tentang tahap kesihatan mereka kerana maklumat tentang sistem kesihatan mereka adalah tidak sama dengan sistem kesihatan kelolaan kerajaan. Memandangkan perkara ini, adalah sukar juga untuk memastikan bahawa penduduk estet menerima perkhidmatan kesihatan yang sewajarnya bagi membolehkan negara kita mencapai matlamat Alma Ata. Jadi kajian ini dimulakan dengan harapan ia akan dapat memberikan gambaran tentang sistem dan keadaan kesihatan di komuniti estet di negara kita. Ini akan membolehkan kita mengetahui sama ada masih terdapat rakyat Malaysia yang tidak menerima perkhidmatan kesihatan yang sewajarnya dan tindakan pembetulan dapat dilaksanakan.